CONGRÈS FRANÇAIS
DE
MÉDECINE

TROISIÈME SESSION

NANCY, 1896

PRÉSIDENT : M. LE PROFESSEUR PITRES

EXTRAIT

STÉNOSE DU DUODÉNUM ADHÉRENT
à une vésicule cancéreuse

PAR

LE Dr ADRIEN PIC
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE LYON

PARIS
MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND
IMPRIMEUR DE LA REVUE MÉDICALE DE L'EST
21, Rue Saint-Dizier

1897

STÉNOSE DU DUODÉNUM ADHÉRENT

à une vésicule cancéreuse

PAR

LE D[r] ADRIEN PIC

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE LYON

J'ai observé l'année dernière un nouveau fait très remarquable montrant combien la sténose de la première portion du duodénum peut revêtir, à s'y méprendre, l'ensemble symptomatique de la sténose pylorique vraie.

OBSERVATION

L'observation, recueillie dans le service de M. le professeur Teissier, que j'avais l'honneur de suppléer, par M. Dumarest, interne des hôpitaux, a trait à une femme de 58 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 2 septembre 1895. Cette malade avait des antécédents hépatiques : sa mère était morte, disait-elle, d'une maladie de foie avec coliques hépatiques ; parmi ses sœurs, une a eu nettement des coliques hépatiques. Personnellement, aucune autre affection antérieure que des coliques hépatiques dont la première éclata il y a 12 ans. Ces coliques se caractérisaient par une douleur atroce au niveau de l'hypocondre droit et du creux épigastrique sans irradiations à l'épaule ; vomissements concomitants ; les jours suivants, teinte ictérique des vomissements ; on n'a pas trouvé de calculs bien nets dans les selles. Ces coliques hépatiques durèrent pendant 8 mois en s'espaçant plus ou moins. Puis survinrent des crises douloureuses tous les 2 ou 3 ans. Il y a 2 ou 3 ans que la malade n'en a plus ressenti. Il est à remarquer qu'avant ces coliques hépatiques, la malade souffrait beaucoup de névralgies et que ces névralgies cessèrent avec les manifestations de la lithiase biliaire.

Depuis six semaines, la malade se plaint de souffrir de l'estomac. Ces douleurs surviennent nettement 2 ou 3 heures après les repas ; ce n'est pas une douleur très vive, mais plutôt une sensation de pesanteur et de constriction, et, à ce moment, elle voit se dessiner sur son ventre des mouvements péristaltiques très nets. Puis elle vomit abondamment

« des pleines cuvettes », dit-elle. Dans ces vomissements, la malade reconnaît les aliments qu'elle a ingérés souvent 2 à 3 jours auparavant. Ces vomissements ne la brûlent pas à la gorge. L'appétit n'est pas diminué ; l'amaigrissement est considérable depuis six semaines. La constipation est ordinaire.

A l'examen de l'abdomen, on constate une voussure de la région sus-ombilicale du côté droit. Au niveau et surtout au-dessous de l'ombilic se dessine une tuméfaction assez volumineuse descendant jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus des pubis, et dont le bord supérieur surmonte légèrement l'ombilic.

Si l'on regarde pendant quelques instants cette tuméfaction on y voit nettement se dessiner des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques. A la palpation saccadée on a un clapotement extrêmement net. La percussion dénote une matité ou tout au moins une submatité au niveau de la tumeur, enfin on obtient d'une façon très nette et on entend à distance le bruit de succussion.

Au niveau de l'hypocondre droit, lorsqu'on fouille cet hypocondre profondément au-dessous du bord supérieur des fausses côtes, on tombe sur une tumeur nettement limitée, de la grosseur d'une mandarine. Cette tumeur est très dure, et légèrement bosselée. La palpation à son niveau est légèrement sensible, enfin la tumeur au-devant de laquelle existe de la sonorité semble se continuer en haut sous la face imférieure du foie, en dedans du côté de la ligne médiane. Lorsqu'on voit se dessiner les mouvements péristaltiques au niveau de l'estomac, ces mouvements viennent assez nettement jusque vers la tumeur sentie dans l'hypocondre.

Rien aux poumons.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace, en dedans du mamelon. Rythme à trois temps net semblant dû plutôt à un dédoublement du premier bruit qu'à un véritable bruit de galop : matité hépatique normale.

Enfin, les urines contiennent un disque net d'albumine mais pas de sucre.

2 septembre, la tumeur du flanc droit est mobile dans les efforts d'inspiration.

5 septembre, on pratique l'insufflation et on contaste que la voussure sus-ombilicale est bien due à l'estomac ; celui-ci, en se distendant, semble basculer autour d'un point fixe, qui paraît être le pylore fixé à la face inférieure du foie.

Deux ou trois fois la malade ayant vomi abondamment (1 litre à 2 litres) on examine le chimisme, on constate un peu d'HCl libre et seulement des traces d'acide lactique.

Le poids de la malade qui était de 60 kilogs, à l'entrée, n'est plus que de 44 kilogs.

En présence de tous ces phénomènes, je porte naturellement le diagnostic de dilatation de l'estomac par sténose du pylore ; la persistance

d'un peu d'HCl libre, la très faible réaction de l'acide lactique me font éliminer l'origine cancéreuse ; d'autre part, les ondulations péristaltiques se dirigent manifestement vers la face inférieure du foie ; et l'insufflation paraît démontrer que l'estomac adhère par son extrémité pylorique à cette même face inférieure où je sens une tumeur dure, bosselée, facile à circonscrire, qui occupe le siège de la vésicule biliaire, et qui de plus opère des mouvements de descente coïncidant avec les mouvements inspiratoires du diaphragme ; par conséquent elle adhère intimement au foie, si elle ne fait pas corps avec lui. Rapprochant de ces faits les coliques hépatiques antérieures très nettement décrites par la malade, je conclus qu'il existe une adhérence du pylore à la vésicule calculeuse, quelque chose d'analogue à ce qui avait lieu dans les observations publiées ultérieurement par M. Bouveret dans la *Revue de médecine* de janvier 1896.

Je conseille à la malade une intervention, mais elle la refuse et sort de l'hôpital le 15 septembre 1895, un peu améliorée, dit-elle, par le séjour au lit et des lavages de l'estomac.

Mais dès qu'elle est de retour chez elle, qu'elle marche (fait qui aggrave les sténoses par coudures, ainsi que l'a montré M. Bouveret), son état général empire ; elle ne pèse plus que 40 kilogs au lieu de 60 kilogs ; les vomissements sont constants ; les contractions péri et antipéristaltiques incessantes ; la malade se décide à suivre mon conseil. Elle entre dans le service de mon maître, M. le professeur Poncet, où elle est opérée par mon excellent ami, le professeur agrégé Curtillet.

Une laparotomie semble confirmer le diagnostic d'adhérence de la région pylorique à la face inférieure du foie, mais au toucher le chirurgien croit reconnaître à ce niveau l'existence d'un cancer gastrique adhérent ; il n'ose, et à juste titre, essayer de rompre les adhérences, et se contente d'une gastro-entéro-anastomose avec application d'un bouton de Murphy, modifié par Villard.

Malheureusement, la malade succombe quelques heures après l'intervention. Je pratique alors l'autopsie et je constate que le pylore est absolument sain, quoique dilaté et communiquant largement avec la portion sous-pylorique du duodénum, qui a une direction ascendante, pour aller adhérer à la face inférieure du foie, au niveau de la vésicule. Cette vésicule est très dure, elle est rétractée, de petit volume, ne contient que très peu d'une bile jaunâtre, mais aucun calcul ; seulement, au niveau de l'embouchure du canal cystique, elle présente une dégénérescence néoplasique de ses parois ; à ce niveau, tumeur cancéreuse du volume d'un œuf de pigeon. Autour de cette tumeur, s'est développé de la péritonite péricystique, et c'est grâce à ces adhérences péritonitiques que la première portion du duodénum a été maintenue appliquée contre la face inférieure du foie.

Cette observation est intéressante à deux points de vue. D'abord, elle constitue une preuve de plus montrant,

ainsi que l'ont dit Boas (*Soc. de méd. int. de Berlin,* 1891), Rosenheim *(Krankheiten des Darms)*, Whitties (*Transac. of Assoc. of amer Phys.*, 1889), que les symptômes de la sténose de la première portion du duodénum sont ceux de la sténose pylorique. J'ai moi-même, en 1894, dans un mémoire de la *Revue de Médecine* sur le cancer du duodénum, insisté, plus qu'on ne l'avait fait avant moi, sur l'importance qu'il y avait à distinguer, au point de vue de leur séméiologie pathologique, les diverses portions du duodénum, et montré qu'une sténose sous-pylorique d'origine cancéreuse donnait presque exactement les mêmes symptômes qu'une sténose du pylore lui-même. Et cela est si vrai que les auteurs qui se sont le plus récemment occupés de la question, et notamment un élève de M. Bouveret, M. Alex (*Sténose du pylore d'origine biliaire*, thèse de Lyon, 1896), n'ont pas pris garde dans leurs observations de distinguer les sténoses du pylore des sténoses duodénales infra-pyloriques ; c'est ainsi que les observations II, III et X de la thèse d'Alex ne répondent pas au titre de cette monographie, d'ailleurs excellente, mais ont trait à des sténoses de la première portion du duodénum.

A un autre point de vue, mon observation montre qu'à côté du complexus symptomatique magistralement décrit par M. Bouveret, et très bien étudié par son élève, M. Alex, il en existe un autre, comparable de tous points, et dans lequel la vésicule, au lieu d'être calculeuse, est cancéreuse.

La marche rapide de l'amaigrissement, la cachexie, auraient dû peut-être me mettre sur la voie, si j'avais pu suivre plus longtemps la malade. Mais, d'autre part, l'existence antérieure de coliques hépatiques faisait pencher pour la lithiase biliaire. Le cas était plus complexe ; il s'agissait évidemment d'un de ces cas assez fréquents dans lesquels, à la lithiase biliaire, succède un cancer de la vésicule.

En résumé, un cancer de la vésicule peut s'accompagner d'adhérences avec la première partie du duodénum et provoquer des symptômes faisant croire à un rétrécissement du pylore lui-même, les signes de la sténose sous-pylorique n'ayant pu, jusqu'à présent, être différenciés de ceux de la sténose pylorique vraie, quelle que soit d'ailleurs l'origine de ce rétrécissement de la première portion du duodénum.

Nancy. — Imp. Crépin Leblond, Passage du Casino.